

آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی

آموزش روان پزشکی با نمونه‌های بالینی

تألیف

دکتر امیر شعبانی

دکتر سید وحید شریعت

دکتر امیرحسین جلالی

اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مرکز آموزشی - درمانی روانپزشکی ایران

انسستیتو روانپزشکی تهران

مرکز تحقیقات بهداشت روان



سرشناسه: شعبانی، امیر عنوان و نام پدیدآور: آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی / تألیف امیر شعبانی، سیدوحید شریعت، امیرحسین جلالی. مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند، ۱۳۹۱ مشخصات ظاهری: ۱۹۲ ص. رقی شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۴۴-۰ وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا موضوع: روان‌پزشکی - راهنمای آموزشی (عالی)، روان‌پزشکی - گزارش‌های بالینی شناسه افزوده: شعبانی، امیر، ۱۳۴۹-، شریعت، سیدوحید، ۱۳۵۲-، جلالی‌ندوشن، امیرحسین، ۱۳۵۷- رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۷۱۸/ش ۴۵۹/RC رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۴ شماره کتابشناسی ملی: ۳۰۲۸۴۴۰	دکتر امیر شعبانی، دکتر سید وحید شریعت، دکتر امیرحسین جلالی آموزش روان‌پزشکی با نمونه‌های بالینی فروست: ۷۸۳ ناشر: انتشارات کتاب ارجمند صفحه‌آرا: معصومه دلنواز طراح جلد: احسان ارجمند نقاشی روی جلد: کاوه توکلی چاپ: سمارنگ، صحافی: روشنگ چاپ اول، فروردین ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۴۴-۰ www.arjmandpub.com این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.
--	---

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲
شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴
شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶
شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴
شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶
شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۷۰۰۰ تومان

فهرست

پیش‌گفتار.....	۹
فصل اول: در باب روان‌پزشک و روان‌پزشکی.....	۱۵
اهمیت موضوع.....	۱۶
تعریف‌ها.....	۱۶
سهم تمایل بیمار در انتخاب نوع درمان چه اندازه است؟.....	۱۸
چرا برخی مردم از مراجعه به روان‌پزشک پرهیز می‌کنند؟.....	۱۹
فصل دوم: تکنیک‌های مصاحبه با بیمار.....	۲۱
فصل سوم: اختلالات اضطرابی.....	۳۳
فصل سوم- قسمت ۱: اختلال اضطراب فراگیر.....	۳۵
نمونه‌هایی برای تشخیص.....	۳۵
فصل سوم- قسمت ۲: اختلال پانیک.....	۳۹
نمونه‌ای برای تشخیص.....	۳۹
نمونه‌ای برای درمان.....	۴۱
فصل سوم- قسمت ۳: فوبیا.....	۴۳
نمونه‌هایی برای تشخیص و درمان.....	۴۳
فصل سوم- قسمت ۴: اختلال وسواسی- اجباری.....	۴۷
نمونه‌های دیگری برای تشخیص.....	۴۸
نمونه‌هایی برای درمان.....	۵۰
فصل سوم- قسمت ۵: اختلال استرس پس از سانحه.....	۵۲
نمونه‌ای برای درمان.....	۵۵
فصل چهارم: اختلالات خلقی.....	۵۷
فصل چهارم- قسمت ۱: اختلالات افسردگی غیردوقطبی.....	۵۹
تعریف و تشخیص.....	۵۹
نمونه‌هایی برای تشخیص.....	۶۰
درمان اختلالات افسردگی (غیر دوقطبی).....	۶۳
۱- اختلالات افسردگی اولیه.....	۶۳
۲- اختلالات افسردگی ثانویه.....	۶۴
۳- اختلالات انطباقی.....	۶۴
نمونه‌هایی برای درمان.....	۶۴

فصل چهارم - قسمت ۲: اختلالات دوقطبی.....	۶۹
تعریف و تشخیص.....	۶۹
نمونه‌هایی برای تشخیص.....	۷۰
فصل پنجم: اختلالات پسیکوتیک.....	۷۷
تعریف و تشخیص.....	۷۸
نمونه‌هایی برای تشخیص.....	۷۸
نمونه‌هایی برای درمان.....	۸۲
فصل ششم: اختلالات شبه جسمی.....	۸۷
نمونه‌هایی برای تشخیص و درمان.....	۸۸
تعریف و تشخیص.....	۸۸
فصل هفتم: اختلالات مصرف مواد.....	۹۴
نمونه‌هایی برای تشخیص.....	۹۵
نمونه‌هایی برای درمان.....	۱۰۰
فصل هشتم: اختلالات کنش جنسی.....	۱۰۵
نمونه‌هایی برای تشخیص و درمان.....	۱۰۶
فصل نهم: اورژانس‌های روان پزشکی.....	۱۱۶
فصل دهم: اختلالات شخصیت.....	۱۲۴
تعریف و تشخیص.....	۱۲۵
نمونه‌هایی برای تشخیص.....	۱۲۵
فصل یازدهم: درمان دارویی و روان‌درمانی.....	۱۳۳
فصل یازدهم - قسمت ۱: کلیات درمان‌ها و عوارض دارویی.....	۱۳۴
فصل یازدهم - قسمت ۲: درمان دارویی بی‌خوابی.....	۱۴۳
فصل یازدهم - قسمت ۳: روان‌درمانی‌ها.....	۱۵۰
منابع.....	۱۶۰
ضمیمه: ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR.....	۱۶۳
Adjustment Disorders.....	۱۶۳
Anxiety Disorders.....	۱۶۴
Mood Disorders.....	۱۷۲
Personality Disorders.....	۱۸۰
Psychotic Disorders.....	۱۸۱
Sexual Disorders.....	۱۸۴
Sleep Disorders.....	۱۸۴
Somatoform Disorders.....	۱۸۵
Substance-related Disorders.....	۱۸۸

فهرست جداول

جدول ۱- نگرش به اختلالات و بیماران روان‌پزشکی	۱۹
جدول ۲- آرایش مناسب اتاق مصاحبه	۲۴
جدول ۳- مکانیسم‌های دفاعی	۳۱
جدول ۴- نمونه‌هایی از علائم اختلالات اضطرابی	۳۷
جدول ۵- نمونه‌هایی از وسواس و اجبار	۴۹
جدول ۶- تشخیص‌های افتراقی افسردگی بر پایه طبقه‌بندی DSM-IV-TR	۶۰
جدول ۷- داروهای ضدافسردگی	۶۶
جدول ۸- نمونه‌هایی از موارد مناسب برای تجویز داروهای گوناگون در یک بیمار افسرده	۶۸
جدول ۹- نمونه‌هایی از موارد نامناسب یا نیازمند احتیاط برای تجویز داروهای ضدافسردگی	۶۸
جدول ۱۰- برخی از خطاهای رایج در تشخیص اختلال دوقطبی	۷۱
جدول ۱۱- موارد بالینی اختلال دوقطبی که در آن‌ها بهتر است	۷۴
جدول ۱۲- داروهای اصلی دارای اثر تثبیت‌کنندگی خلق و برخی از نقاط قوت و ضعف آن‌ها	۷۴
جدول ۱۳- توصیه‌هایی برای مدیریت بالینی اختلال جسمانی‌سازی	۹۰
جدول ۱۴- توصیه‌هایی برای مدیریت بالینی اختلال تبدیلی	۹۱
جدول ۱۵- نگرش‌های نادرست نسبت به اعتیاد	۹۸
جدول ۱۶- داروهای مؤثر برگیرنده‌های آپیوئیدی	۱۰۳
جدول ۱۷- داروهای مورد استفاده در درمان انزال زودرس	۱۰۷
جدول ۱۸- ارزیابی علت اختلال نعوظی	۱۰۸
جدول ۱۹- علل دارویی کمبود میل جنسی	۱۱۱
جدول ۲۰- عوارض جنسی داروهای روان‌پزشکی	۱۱۳
جدول ۲۱- علائم و نشانه‌های مسمومیت با لیتیوم	۱۲۲
جدول ۲۲- ویژگی‌های شخصیت‌های گوناگون	۱۲۹
جدول ۲۳- درمان‌های مؤثر در اختلال شخصیت مرزی	۱۳۱
جدول ۲۴- داروهای آنتی‌پسیکوتیک	۱۳۵
جدول ۲۵- اختلالات مهم روان‌پزشکی و درمان‌های دارویی خط اول	۱۳۵
جدول ۲۶- برخی از باورهای نادرست رایج در مورد درمان‌های دارویی در روان‌پزشکی	۱۳۷
جدول ۲۷- نمونه‌هایی از تداخلات مهم دارویی در روان‌پزشکی	۱۳۹
جدول ۲۸- مدیریت اولیه برخی از عوارض جانبی داروهای روان‌پزشکی	۱۴۰

جدول ۲۹- عوارض جدی داروهای روان‌پزشکی	۱۴۲
جدول ۳۰- علل بی‌خوابی	۱۴۴
جدول ۳۱- اصول بهداشت خواب	۱۴۶
جدول ۳۲- برخی از ویژگی‌های بالینی داروهای بنزودیازپینی	۱۴۷
جدول ۳۳- مقایسه اثر داروهای روان‌پزشکی بر خواب	۱۴۸
جدول ۳۴- اصول آموزش روانی به بیمار	۱۵۹

به نام خداوند جان و خرد

پیش‌گفتار

دستیابی به بهترین شیوه آموزش، همواره دغدغه آموزگاران بوده و این دغدغه در آموزش دانشجویان پزشکی نیز همواره وجود داشته است. هرچند فناوری‌های جدید در حیطه آموزش دانشجویان پزشکی تأثیرگذار بوده، در ایران به دلایل گوناگون، اندازه این تأثیر به میزان اثربخشی بالقوه شیوه‌های جدید آموزشی نزدیک نشده است. دلایل و مشکلات متنوعی را در این زمینه می‌توان نام برد که البته مستندکردن برخی از آن‌ها نیاز به پژوهش دارد:

«کافی نبودن تعداد استاد به نسبت تعداد دانشجو، مشغله زیاد اساتید و کمبود وقت آموزشی، اولویت‌دادن آموزش دستیاران تخصصی بر آموزش دانشجویان پزشکی، اولویت‌دادن پژوهش بر آموزش از جانب مسئولان برنامه‌ریز و یا از جانب اساتید به دلایل حرفه‌ای یا شخصی، در دسترس نبودن امکانات آموزشی مطابق با پیشرفت‌های روز تکنولوژی، اجبار به آموزش هم‌زمان کارآموز، کارورز و دستیار تخصصی، ...».

همه این‌ها و مواردی دیگر، حل‌نشده باقی مانده و مانع از ارتقای بیشتر سطح آموزش دانشجویان پزشکی در ایران شده‌اند. «آموزش پزشکی» حیطه‌ای نسبتاً دست‌نخورده در فضای پژوهشی کشور و نیازمند بررسی‌های دقیق برای ارزیابی موانع موجود و ارائه راه‌حل‌های مؤثر است.

اندیشه ابتدایی نگارش کتاب حاضر، از استقبال دانشجویان پزشکی از شنیدن

نمونه‌های بالینی در کلاس‌های درس روان‌پزشکی شکل گرفت. هم‌اکنون کتاب‌های مفیدی برای آموزش روان‌پزشکی به زبان فارسی در بازار ایران موجود است؛ حتی کتاب‌هایی که بتواند نیاز دانشجویان پزشکی را در دوره یک‌ماهه چرخشی روان‌پزشکی (که هدف اصلی کتاب حاضر است) تا اندازه‌ای برطرف کند. با این حال، این کتاب ویژگی‌هایی دارد که آن را از بسیاری متمایز می‌کند:

۱- تأکید بر تشخیص و درمان: تشخیص و درمان اساس کار هر پزشک بر بالین بیمار است. بدیهی است که سایر جنبه‌های هر بیماری مانند اتیولوژی، فیزیوپاتولوژی و پیش‌آگهی از اهمیت زیادی برخوردارند، اما هدف این کتاب ارائه مکملی بر کتاب‌های مفصل مرجع است تا دانشجو بتواند با تابلوی بالینی اختلالات در مدت کوتاه دوره چرخشی روان‌پزشکی بهتر آشنا شود و بتواند تصویر ملموس‌تری از فضای کار روان‌پزشکی بیابد.

۲- تقدم ذکر مثال بالینی بر شرح بیماری: یادگیری و درک مفهوم تعاریف، تنها پس از ذکر مثال است که ممکن می‌شود. تجربه نویسندگان کتاب در تدریس روان‌پزشکی، نشان‌دهنده نیاز دانشجویان به شنیدن نمونه‌های واقعی است تا به‌خوبی آنچه در کتاب می‌خوانند را بفهمند. در این کتاب برای افزایش گیرایی آموزش، سعی شده تا شرح بالینی بیمار - تا جایی که مقدور بوده - مقدم بر تعریف و توضیح اختلال آورده شود.

۳- رعایت اختصار: همان‌گونه که اشاره شد، هدف نگارندگان، ایجاد قابلیت استفاده از کل کتاب در مدت کوتاه دوره چرخشی کارآموزی و کارورزی روان‌پزشکی در کنار کتب مرجع امتحانات رسمی بود. بنابراین، سعی بر پرهیز از ارائه اطلاعات حاشیه‌ای شد. در واقع، نویسندگان از هر مطلبی که فکر می‌کردند می‌شد گذشت و نگفت، گذشتند! تردیدی هم در این نیست که حتماً مطالبی بوده که می‌شد از آن‌ها گذشت و نویسندگان کتاب نگذشتند یا نمی‌شد گذشت و گذشتند! فرهیختگان گرامی و دوست‌داران کتاب منت خواهند گذاشت و این موارد را به ما گوشزد خواهند نمود.

در راستای رعایت اختصار، در فصل‌های مختلف کتاب، استناد مکرری به ضمیمه DSM-IV-TR شده که در انتهای کتاب قرار گرفته است. خواننده می‌تواند پس از مطالعه هر بخشی از کتاب که در آن به این ضمیمه ارجاع شده، با مطالعه ملاک‌های تشخیصی در ضمیمه، اطلاعات خود را کامل کند. صفحه‌ای از کتاب نیز به ذکر شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها اختصاص یافته و در برخورد با هر مورد کوتاه‌نوشت در متن کتاب، می‌توان به این صفحه مراجعه کرد.

نگارندگان بر این باورند که کتاب حاضر، جز آن‌که برای دانشجویان پزشکی قابل استفاده است، برای پزشکان عمومی و روان‌شناسان بالینی نیز مفید خواهد بود و دستیاران تخصصی روان‌پزشکی هم دست‌کم در سال‌های اول دوره آموزشی خود از آن بهره می‌برند.

باید یادآور شد که این کتاب به هیچ عنوان برای پزشک یا روان‌شناسی که می‌خواهد نسبت به جنبه‌های گوناگون هر یک از اختلالات روان‌پزشکی آگاهی کاملی پیدا کند، کافی نخواهد بود. این کتاب را باید مکمل و نه جایگزین کتب مرجع دانست.

در پایان، از همکاران عزیز و دانشمندم - جناب آقای دکتر سیدوحید شریعت و جناب آقای دکتر امیرحسین جلالی - که دعوت بنده را برای همکاری در نگارش این کتاب پذیرفتند و در تلاش خود مضایقه نکردند، بسیار سپاسگزارم.

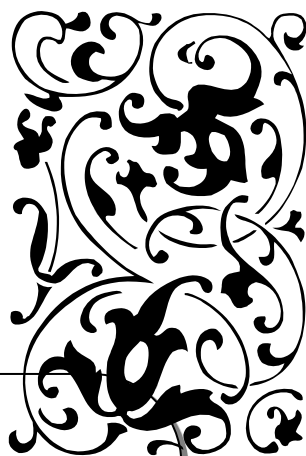
امیر شعبانی، مرداد ۱۳۹۱

تهران، مرکز آموزشی - درمانی روان‌پزشکی ایران

شکل کامل کوتاه‌نوشت‌ها
(به ترتیب الفبا)

BD	Bipolar Disorder	MDE	Major Depressive Episode
BID	Bipolar Disorder type I	MRI	Magnetic Resonance Imaging
BIID	Bipolar Disorder type II	NMS	Neuroleptic Malignant Syndrome
BPD	Borderline Personality Disorder	NSAID	Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs
CBC	Complete Blood Count	OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
CNS	Central Nervous System	PDD	Premenstrual Dysphoric Disorder
DPA	Dopamine Partial Agonist	PTSD	Posttraumatic Stress Disorder
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition, Text Revision	PRN	Pro re nata [= as the circumstance arises]
DTD	Dysthymic Disorder	RIMA	Selective Reversible Inhibitor of MAO _A
ECT	Electroconvulsive Therapy	SDA	Serotonin Dopamine Antagonist
FGA	First Generation Antipsychotic	SGA	Second Generation Antipsychotic
GAD	Generalized Anxiety Disorder	SNRI	Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor
HIV	Human Immunodeficiency Virus	SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor
ICD	International Classification of Diseases	TCA	Tri/Tetra-Cyclic Antidepressant
MAOI	Monoamine Oxidase Inhibitor	VLF	Venlafaxine
MDD	Major Depressive Disorder		

فصل اول



در باب روان پزشکی و روان پزشکی

امیر شعبانی
امیر حسین جلالی

روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور، متخصص مغز و اعصاب، متخصص اعصاب و روان و روانکاو واژگانی هستند که شاید از یک حیث کمتر بتوان در زبان فارسی نمونه آن‌ها را سراغ گرفت. به این جهت که کمتر کلمه یا مجموعه کلماتی در فارسی می‌توان یافت که تا این اندازه به اشتباه و به جای هم به کار رفته باشد. این واژه‌گزینی نادرست تنها محدود به عوام نیست، بلکه حتی در میان اқشار تحصیل کرده نیز دیده می‌شود. نمونه‌های بسیاری را از میان مقالات روزنامه‌ای یا دیالوگ‌های فیلم‌های سینمایی می‌توان آورد که در آن چنین خطاهای رایجی وجود دارد.

در یک ویلاگ فارسی می‌خوانیم: «وقتی که اسم روان‌پزشک، روان‌شناس بالینی یا مشاور به گوش ما می‌خورد، خیلی از ما در ذهنمون، آخرین دیوانه‌ای که دیده‌ایم به خاطر می‌آوریم، و هیچ‌وقت در صدد برنیامده‌ایم که حس کنجکاوی خود را در این مورد ارضا کنیم!».

اهمیت موضوع

اما چه اهمیتی دارد که این واژه‌ها را معنی کنیم و تفاوت آن‌ها را بدانیم؟ از منظر یک پزشک چیزی که در رابطه با بیمار اهمیت دارد این است که بیمار از خدمات مناسب تشخیصی و درمانی بهره‌مند شود. بسیار پیش می‌آید که نامشخص‌بودن تعاریف و شرح وظایف شغلی افرادی که نام آن‌ها آورده شد، سبب می‌شود بیمار مدت‌ها سردرگم ملاقات با فرد مناسبی شود که برای ارائه خدمات به وی ذی‌صلاح است.

هنرپیشه معروفی در پاسخ به منتقدی به یک خبرگزاری گفته است که «آقای ... گفتند من متوهم هستم، من هم می‌گویم که حاضرم با هم پیش یک روانکاو برویم تا مشخص شود که چه کسی متوهم است».

تعاریفها

استاد دکتر غلامرضا میرسپاسی در تعریف روان‌پزشکی، در کتاب «درسنامه روان‌پزشکی بالینی و علوم رفتاری» مجموعه تعاریف این حرفه را بدین صورت

خلاصه نموده‌اند: «روان‌پزشکی شاخه‌ای از پزشکی است که به سبب‌شناسی، علامت‌شناسی، طبقه‌بندی و تشخیص، پیش‌گیری و پیش‌آگهی بیماری‌های روانی که عمده علایم آن اختلال در رفتار انسانی است، می‌پردازد». روان‌پزشک نیز پزشکی است که به امور فوق می‌پردازد و در میان اعضای تیم سلامت روان شامل روان‌شناس بالینی، روان‌پرستار، مددکار اجتماعی، کارشناس مشاوره و کاردرمانگر، واجد صلاحیت تجویز دارو و تفسیر آزمون‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری است. به‌علاوه، روان‌پزشکان بسته به علاقه و آموزش‌هایی که می‌بینند می‌توانند انواع روان‌درمانی‌ها را انجام دهند. روان‌شناسی نیز دانش مطالعه ذهن و رفتار است. روان‌شناسان بالینی که مراحل دانش‌آموزی خود را از مقطع کارشناسی تا دکترا به‌صورت ناپیوسته طی می‌کنند، بسته به مقطع تحصیلی و آموزشی که می‌بینند قادر به انجام آزمون‌های روان‌شناختی و روان‌درمانی هستند. روان‌شناسی را در قیاس با روان‌پزشکی می‌توان در نگاه اول با نسبت میان فیزیولوژی و پزشکی مقایسه کرد. چنان‌که فیزیولوژی به مطالعه و توصیف فرآیندهای بهنجار می‌پردازد، نگاه روان‌شناسی نیز در گام نخست به کارکردهای ذهن بهنجار است. البته شاخه‌ای از روان‌شناسی نیز روان‌درمانی است که کارکرد درمانی می‌یابد.

روان‌درمانی تنها یکی از درمان‌های مورد استفاده در اختلالات روانی است و از انواع آن می‌توان به شناخت‌درمانی، روان‌درمانی تحلیلی و روانکاوی اشاره کرد. روانکاوی نیز روان‌پزشک یا روان‌شناسی است که روش درمانی اخیر را به‌کار می‌گیرد.

بسته به تشخیص مطرح برای بیمار، درمان مناسب انتخاب می‌شود. توجه به این نکته مهم است که پایه انتخاب هر درمانی تشخیص درست و دقیق است. در واقع، تشخیص‌گذاری امری پیچیده است و با اطلاعات ناقص یا تجربه کم به‌درستی انجام‌پذیر نیست. حتی تشخیص روان‌پزشک ممکن است همیشه معتبر نباشد.

کاربری فارسی‌زبان در یک شبکه اجتماعی مجازی چنین درخواستی را مطرح کرده است: «من

دنیال یک روان‌شناس خوب می‌گردد که هم از نظر قیمت مناسب باشد و هم کاربرد باشد. آیا کسی را می‌شناسید؟ ترجیحاً در مسائل زناشویی و سکس‌تراپی سر رشته داشته باشد».

سهم تمایل بیمار در انتخاب نوع درمان چه اندازه است؟

ناآگاهی، انگ (stigma) مراجعه به روان‌پزشک و یا باورهای نادرستی که منجر به بی‌میلی به مصرف دارو می‌شود، سبب می‌گردد بیمار به‌جای آن‌که در آغاز به روان‌پزشک مراجعه کند، به دیگر اعضای تیم سلامت روان و یا حتی به متخصص مغز و اعصاب یا نورولوژیست مراجعه کند. پرسشی که در این‌جا مطرح می‌شود این است که سهم تمایل بیمار در انتخاب نوع درمان تا چه اندازه است؟

در این‌جا هم مهم‌ترین چیزی که نوع درمان مطلوب را تعیین می‌کند «تشخیص» است، نه گرایش بیمار یا درمانگر به یک شیوه خاص درمان. گرایش بیمار به دارو خوردن یا دارو نخوردن یا تمایل او به سایر روش‌های درمانی، در مرحله بعدی اهمیت است؛ هرچند واضح است که در عمل روشی اجرا می‌شود که با توافق مراجع انتخاب شده باشد. در این مورد، توضیح بیشتری لازم است: مثلاً در فویای اجتماعی (جمع‌هراسی) فراگیر، در مجموع شاید نوعی از پسیکوتراپی (روان‌درمانی) مؤثرتر باشد و دارو در وهله اول قرار نگیرد. اگر هم مراجع بگوید که فقط می‌خواهم دارو بخورم، وظیفه روان‌پزشک است که میزان اثربخشی آن را توضیح دهد و بیمار را از مؤثرترین درمان‌های موجود آگاه کند. از طرف دیگر یک افسردگی جدی که با قصد خودکشی همراه شده را نمی‌توان بدون درمان دارویی رها کرد و احتمال اقدام به خودکشی را نادیده گرفت، در حالی که نیاز به یک درمان جدی و فوری وجود دارد و شاید بستری کردن بیمار یا استفاده از الکتروشوک لازم شود. مواردی نیز وجود دارد که برای بهبودی سندرمی مانند افسردگی، درمان مشکل داخلی مانند اختلال غدد درون‌ریز ضروری است. در مواردی هم برتری روش دارویی یا روان‌درمانی بر یکدیگر زیاد روشن نیست و بر مبنای چنین تشخیصی، گرایش مراجع به یک شیوه درمان اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

جدول ۱- نگرش به اختلالات و بیماران روان‌پزشکی

باور نادرست	باور جایگزین
مصرف دارو به درمان بیماری‌هایی که منشأ روانی دارند، کمکی نمی‌کند.	بیماری روان‌پزشکی نتیجه تغییر در وضعیت ترکیب شیمیایی مغز است و مصرف دارو آن را اصلاح می‌کند.
بیماری روان‌پزشکی نشانه ضعیف بودن فرد و ضعف شخصیت اوست.	جسم بیمار می‌شود و روان نیز. کسی به سبب فشار خون یا دیابت، ضعیف شمرده نمی‌شود. پس ابتلا به بیماری روان‌پزشکی نیز نشانه ضعف و ناتوانی نمی‌تواند باشد.
نیاز به مراجعه به روان‌پزشک نیست. شخصاً می‌توانم از پس مشکلاتم بر بیایم.	اختلال روان‌پزشکی یک وضعیت پزشکی است. برای درمان بیماری‌های جسمانی دیگر مانند پرکاری تیروئید، کسی شخصاً اقدام نمی‌کند. اختلال روان‌پزشکی نیز از این قاعده مستثنا نیست.
بیماران مبتلا به اختلال روان‌پزشکی، خطرناک و خشن هستند.	فراوانی اقدام به خشونت یا قتل در میان بیماران بیش از فراوانی این سنخ رفتارها در دیگر افراد جامعه نیست. بزرگ‌نمایی رسانه‌ها این موضوع را چنین جلوه داده است.
مصرف داروهای روان‌پزشکی سبب می‌شود دارو به جای خود فرد، کنترل زندگی او را به دست بگیرد.	تقریباً در هیچ وضعیتی نیست که ما کنترل صد در صد بر پیرامون خود داشته باشیم. وقتی برای تردد به وسیله نقلیه نیاز داریم، بدان معنا نیست که کنترل ما در دست ابزار است. برعکس، عدم درمان سبب می‌شود کنترل فرد در دست بیماری و پیامدهای آن باشد.
اگر کسی داروی اعصاب مصرف کند، دیوانه قلمداد می‌شود.	«دیوانه» واژه‌ای غیرعلمی و عوامانه است. بیماری روان‌پزشکی تفاوتی ذاتی با بیماری‌های جسمانی دیگر ندارد و در اثر تغییراتی در مغز رخ می‌دهد. اتفاقاً مصرف داروی اعصاب نشان‌دهنده آگاهی فرد به وضعیت خود است!

چرا برخی مردم از مراجعه به روان‌پزشک پرهیز می‌کنند؟

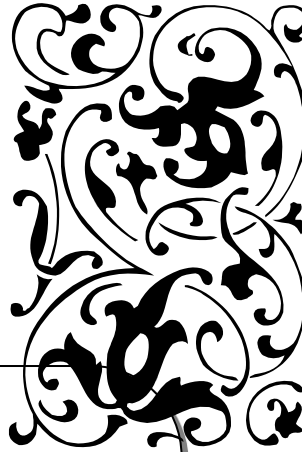
چنان‌که اشاره شد به نظر می‌رسد حتی اگر مردم جامعه تفاوت واژه‌هایی چون روان‌پزشک، روان‌شناس، مشاور، متخصص مغز و اعصاب، متخصص اعصاب و روان و روان‌کاو را بدانند و برای‌شان محرز هم باشد که به روان‌پزشک (متخصص اعصاب و روان) نیاز دارند، باز هم تمایل دارند به دیگر اعضای تیم سلامت روان یا دیگر متخصصان مراجعه کنند. «انگ» باوری است منفی و کلیشه‌ای در مورد یک شخص یا یک موضوع که منجر به واکنش نامناسب به آن

می‌شود. تصور کنید مردم شهری باور داشته باشند که عیب انکساری چشم مسری است. به این ترتیب، احتمالاً افرادی که عینک ندارند از معاشرت با عینکی‌ها پرهیز خواهند کرد! ناآگاهی و باورهای نادرست جامعه در مورد اختلالات روان‌پزشکی و بیماران سبب می‌شود زمانی که خود نیز دچار بیماری شوند از بیم برچسب خوردن به روان‌پزشک مراجعه نمایند.

متأسفانه پاره‌ای از این باورهای نادرست و ناکارآمد در میان برخی اعضای کادر پزشکی هم وجود دارد و این سبب می‌شود از ارجاع بیمارانی که به خدمات روان‌پزشکی نیاز دارند پرهیز نمایند. تعدادی از این باورهای نادرست در جدول ۱ آمده است. هم‌چنین می‌توانید برخی دیگر از این‌گونه باورها در مورد درمان‌های روان‌پزشکی و اعتیاد را در جدول ۱۵ (فصل هفتم) و جدول ۲۶ (فصل یازدهم) مشاهده نمایید.

در دانشنامه آزاد ویکی‌پدیا، در مورد مفهوم واژه استیگما می‌خوانیم: استیگما نشانه یا علامتی است که برای شناسایی یک حیوان یا برده به‌کار می‌برده‌اند. این‌گونه نشانه‌ها را بر روی صورت یا دست برده‌ها نقش می‌کردند. هم‌چنین نشانه‌های مشخصی را برای شناسایی و تمایز با دیگران، پیروان فرقه‌های دینی چون کاتولیک‌ها بر پیشانی خود نقش می‌کردند.

فصل دوم



تکنیک‌های مصاحبه با بیمار

امیر حسین جلالی

روان‌پزشکان از دو شیوه در مصاحبه با بیمار استفاده می‌کنند: مصاحبه علامت‌گرا (توصیفی) و مصاحبه بینش‌گرا (روان‌پویایی). مبنای مصاحبه توصیفی این واقعیت است که اختلالات روان‌پزشکی به‌صورت مجموعه‌ای از علائم، نشانه‌ها و رفتارها بروز می‌کنند، دوره زمانی مشخصی دارند و پاسخی معین به درمان نشان می‌دهند؛ در حالی‌که تمامی عوامل سبب‌شناختی این اختلالات روشن نیست. در نتیجه، سبب‌شناسی ملاک قابل اعتمادی برای طبقه‌بندی نیست و از ملاک‌های بالینی برای تشخیص و دسته‌بندی استفاده می‌شود.

هدف مصاحبه بینش‌گرا، آشکارکردن تعارض‌های ناخودآگاه بیمار است. تعارض‌هایی که به‌عنوان عامل سبب‌ساز رنج بیمار شناخته می‌شوند.

نمونه ۱: آغاز مصاحبه توصیفی^۱

م: امیدوارم اینجا را راحت پیدا کرده باشید.

ب: راحت نبود، اما خوشحالم به‌موقع رسیدم تا زمان ملاقات با شما را از دست ندهم.

م: من دکتر ج هستم. شما جناب آقای؟

ب: الف هستم.

م: جناب آقای الف، به چه کاری مشغول هستید؟

توضیح نمونه ۱:

مصاحبه روان‌پزشکی با اخذ اطلاعات هویتی بیمار چون نام و نام خانوادگی، سن، تحصیلات، شغل و ... آغاز می‌شود. پیش از آن البته پزشک خود را معرفی و عنوان خود را صادقانه بیان می‌کند. به‌عنوان نمونه، دانشجوی پزشکی نباید خود را دکتر معرفی کند و نباید از گفتن این‌که دانشجوی است پرهیز نماید. بیماری که برای بار اول جهت ارزیابی روان‌پزشکی مراجعه می‌کند معمولاً نگران، مضطرب و شکاک است و نگران است که چگونه با او برخورد خواهد شد. وظیفه مصاحبه‌کننده است که نشان دهد متوجه نگرانی‌های اوست و سعی

۱- در تمام این فصل از کوتاه‌نوشت م به‌جای مصاحبه‌کننده و ب به‌جای بیمار استفاده شده است.

دارد به او کمک کند. بنابراین، اصل اول در مصاحبه این است که بیمار و خود را در شرایط آسوده قرار دهیم.

برای شروع مصاحبه از یک محاوره ساده استفاده می‌کنیم. چنین برخوردی به بیمار و مصاحبه‌کننده کمک می‌کند در شرایط آسوده‌تری قرار گیرند. پرسش مشخص و ثابتی برای شروع این گونه وجود ندارد. نیاز نیست به سؤالی که در مصاحبه نمونه آمده محدود شویم. می‌توانیم بپرسیم «چه کسی شما را معرفی کرده؟» یا «با چه وسیله‌ای به درمانگاه آمده/ید؟». پرسش از اطلاعات هویتی نیز می‌تواند این روند را تسهیل کند. فراموش نکنیم که همواره از نام و نام خانوادگی و فعل جمع برای خطاب قرار دادن بیمار استفاده شود. کودکان را می‌توان با اسم کوچک صدا زد، اما در مورد نوجوانان باید چون بزرگسالان رفتار کرد.

اگر قرار است اطلاعات را یادداشت کنیم، موضوع را با بیمار در میان می‌گذاریم، اما اطمینان می‌دهیم که به عنوان راز نزد ما امانت خواهد ماند. حتماً در آغاز مصاحبه می‌گوییم حدوداً چه اندازه وقت خواهیم داشت. البته به‌طور کلی مناسب است که از مصاحبه‌های طولانی اجتناب شود.

مصاحبه باید با پرسش‌های باز شروع شود. پرسش‌هایی چون «چه کمکی از من ساخته است؟»، «چه شد که به من مراجعه کردید؟» یا «چه چیز باعث شده امروز و این ساعت این‌جا باشید؟». سؤالات باز به بیمار فضا می‌دهد که آزادانه سخن بگوید. در آغاز به او این اجازه را می‌دهیم که حتی اگر ظاهراً خارج از ساختار مورد نظر حرف می‌زند، دست‌کم یک دقیقه صحبت کند و در این مدت، سخن او را قطع نمی‌کنیم. یادداشت‌برداری از آغاز مصاحبه شروع نمی‌شود؛ به بیمار نگاه می‌کنیم و به حرفهای او گوش می‌دهیم. بهتر است تنها زمانی یادداشت‌برداری آغاز شود که علائم کنونی بیمار را شنیده باشیم و ترتیب بروز نشانه‌ها نیز به‌طور تقریبی در ذهن ما شکل گرفته باشد.

مصاحبه باید با پرسش‌های بسته ادامه یابد. پرسش‌هایی که معمولاً با بله و خیر پاسخ داده می‌شوند و یا پاسخ پیش‌بینی شده‌ای دارند. پاسخی چون «متأهل

جدول ۲- آرایش مناسب اتاق مصاحبه

۱	اتاق مصاحبه روشن، آرام، خصوصی و دارای مکان مناسبی برای نوشتن باشد.
۲	حداقل فاصله بین دو نفر نیم متر باشد و این فاصله از ۱/۵ متر تجاوز نکند.
۳	هرگز بیمار بین مصاحبه‌کننده و در خروجی اتاق ننشیند. هیچ مانعی سر راه خروج مصاحبه‌کننده از اتاق نباشد.
۴	بهترین حالت، نشستن با زاویه ۹۰-۴۵ درجه نسبت به بیمار در یک گوشه میز است.
۵	از استفاده از اتاق‌هایی که در محلی جدا از سایر قسمت‌ها قرار دارد پرهیز شود.
۶	مصاحبه‌کننده به همکاران خود اطلاع دهد که چه می‌کند و مصاحبه چه مدت طول خواهد کشید.
۷	هر وسیله‌ای که ممکن است در شرایط خطر به‌عنوان ابزار آسیب‌رسان استفاده شود، از دسترس دور باشد.

هستم». **جدول ۲، آرایش (setting) مناسب اتاق مصاحبه برای رعایت آسودگی بیمار و ایمنی مصاحبه‌کننده را نشان می‌دهد.**

نمونه ۲: ادامه مصاحبه توصیفی

(ادامه نمونه ۱)	
م:	چه‌کمکی از من ساخته است؟
ب:	دیشب بدخواب شدم.
م:	«بدخواب شدید» یعنی چه؟
ب:	یک ساعتی طول کشید تا خوابم برد.
م:	بعد از آن تا صبح راحت خوابیدید؟ از خواب نبریدید؟
ب:	نه.
م:	صبح چه ساعتی از خواب بیدار شدید؟
ب:	شش صبح.
م:	معمولاً همین ساعت بیدار می‌شوید؟
ب:	نه! معمولاً زودتر از ۷/۵ صبح از رختخواب بیرون نمی‌آیم.
م:	شب‌های دیگر چه؟
ب:	سه هفته‌ای می‌شود نمی‌توانم خوب بخوابم.

توضیح نمونه ۲:

بیمار معمولاً در اتاق ویزیت یا مصاحبه، دو نوع نشانه را ابراز می‌کند: «کلامی» و «غیرکلامی». مثلاً می‌گوید «دیشب نتوانستم خوب بخوابم» (نشانه کلامی) یا

لبه‌ایش را می‌گزد، دسته صندلی را چنگ می‌زند و بعد مشت‌هایش را گره می‌کند (نشانه غیرکلامی). واکنش نشان دادن به نشانه‌های هیجانی می‌تواند رابطه را عمیق‌تر کند و اغلب اطلاعات باارزشی را در جریان رابطه آشکار می‌سازد. هیچ نشانه و اشارتی از سوی بیمار در جریان مصاحبه را نباید دست‌کم گرفت. در ضمن، تا حد امکان باید از کلمات و عبارات بیمار به جای اصطلاحات تخصصی استفاده شود. مثلاً وقتی بیمار در مورد نشانه‌های اضطراب حرف می‌زند و از واژه «دل‌آشوب» استفاده می‌کند، بهتر است همین واژه را به کار ببریم. البته همواره سعی می‌شود واژه‌های مبهم مورد استفاده بیمار، روشن شود. بیماران در بسیاری از موارد، شکایات خود را با واژگانی مبهم و گنگ بیان می‌کنند و مصاحبه‌کننده باید آن‌ها را با پرسش‌های تکمیلی روشن سازد. این تکنیک را «تصریح» (Clarification) می‌گویند. هم‌چنین اگر بیمار به جای الگوهای رفتاری ثابت و مکرر که مصاحبه‌کننده برای فهم افکار و رفتارهای بیمار به آن نیاز دارد، به یک زمینه خاص اشاره می‌کند (مانند «دیشب بدخواب شدم»)، از تکنیک تعمیم (Generalization) استفاده می‌کنیم (مانند «شبهای دیگر چه؟»). در این موارد با واژگانی چون «معمولاً»، «اغلب» و «بیشتر اوقات» نیز می‌توان بر زمان طولانی‌تری تأکید کرد.

نمونه ۳: ادامه مصاحبه توصیفی

(ادامه نمونه ۲)

م: خوب! شما در مورد وضعیت خوابتان اطلاعات خوبی به من دادید. حالا می‌خواهم در مورد چیزهای دیگری هم که می‌تواند با بی‌خوابی شما ارتباط داشته باشد بدانم. موافقت؟

ب: مثل چه؟

م: در سه هفته گذشته، شما تغییر دیگری نیز در خود احساس کرده‌اید؟

ب: چه نوع تغییری مثلاً؟

م: مثلاً روحیه‌تان تغییر کرده باشد؟

توضیح نمونه ۳:

تکنیکی را که مصاحبه‌کننده در آغاز این بخش از مصاحبه استفاده کرد، «گذار» (Transition) می‌نامند. از این تکنیک معمولاً زمانی استفاده می‌شود که قرار

است موضوع تازه‌ای در مصاحبه مورد اشاره قرار گیرد. این تغییر جهت نباید ناگهانی باشد و باید با عباراتی مانند آنچه در بالا آمده انجام شود.

در گام بعد، مصاحبه‌کننده می‌کوشد علائم وابسته به شکایت اصلی را مورد کنکاش قرار دهد تا بتواند به تشخیص نزدیک‌تر شود. شایع‌ترین علت بی‌خوابی، افسردگی است و بنابراین عجیب نیست که مصاحبه‌کننده از روحیه بیمار شروع کند. البته در این‌جا نیز رویکرد اصلی این است که ابتدا از بیمار پرسیم علاوه بر بی‌خوابی مشکل دیگری نیز دارد یا نه؟

نمونه ۴:

م: چه شد به اورژانس آمدید؟
 ب: خانواده، من را آوردند.
 م: فکر می‌کنید چرا شما را به این‌جا آوردند؟
 ب: اطلاعی ندارم. از خود آن‌ها پرسید.
 م: از آن‌ها سؤال خواهم کرد، اما مایل‌م نظر شما را بدانم.
 ب: نظری ندارم. من نباید به این سؤال جواب بدهم. آن‌هایی که من را آوردند باید جواب بدهند.
 م: چه شد شما با آن‌ها همراه شدید و آمدید؟
 ب: همراه شدم؟ من را به‌زور آوردند.
 م: با زور؟
 ب: من را کتک زدند و دست و پایم را بستند.
 م: خیلی متأسفم. اما این اندازه خشونت برای چه؟
 ب: بار اول نیست که این کار را با من می‌کنند.
 م: از شما چه می‌خواهند؟
 ب: می‌خواهند قبول کنم هیچ اتفاقی نیفتاده.
 م: مثلاً چه اتفاقی؟
 ب: مثلاً این‌که من برای هدایت مردم انتخاب شدم. راستی شما متأهلید؟

توضیح نمونه ۴:

بیمار از همکاری می‌پرهیزد. مصاحبه‌کننده برای جلب همکاری او، از چند

راهکار استفاده می‌کند. او با تکنیک «کنکاش» (Probing)، وضعیت بیمار را ارزیابی می‌کند و می‌کوشد موضوعی را که بیمار سعی در پنهان کردن آن دارد روشن سازد. در ضمن، در حین این ارزیابی از قضاوت کردن دوری می‌کند و تلاش می‌کند بدون این که بیمار احساس کند با او مقابله می‌کند، به او کمک شود تا داستان خود را بیان کند. اصولاً اگر حدس می‌زنیم بیمار دچار هذیان (به فصل پنجم نگاه کنید) است، از «کنکاش» شروع می‌کنیم. این تکنیک به تعیین سطح بینش بیمار کمک می‌کند. به عنوان نمونه، در مواردی که بیمار داستان خود را به شکلی پیچیده و گیج‌کننده تعریف می‌کند، می‌توان از او با پرسش‌هایی چون «فکر می‌کنید چرا این چیزها اتفاق می‌افتد؟» یا «معنی این اتفاق‌ها چیست؟» در مورد تجاربش از او توضیح خواست. راهکار دیگری که مصاحبه‌کننده استفاده می‌کند، «همدلی» است. وقتی در نمونه ۴ به بیمار گفته می‌شود «خیلی متأسفم»، در واقع با رنج بیمار همدلی می‌شود. نمونه بعدی، کاربرد همدلی را بهتر آشکار می‌سازد.

آخرین بخش این گفت‌وگو، پرسش بی‌مقدمه بیمار از زندگی خصوصی درمانگر است. این اتفاق ممکن است به شکل‌های مختلفی روی دهد و در مواردی، با زمینه‌سازی صورت می‌گیرد. برخورد غیرحرفه‌ای مصاحبه‌کننده در این موقعیت‌ها، پاسخ مستقیم او به این گونه پرسش‌ها است. برخورد مناسب‌تر، پرداختن به دلیل کنجکاوی بیمار در امور شخصی مصاحبه‌کننده است. مثلاً با پرسشی این گونه: «چرا وضعیت تأهل من برای شما اهمیت دارد؟».

نمونه ۵:

ب: احتمالاً نمی‌توانید بفهمید من چه می‌گویم. چشم به هم می‌گذاری و بیدار می‌شوی و می‌بینی تمام زندگی‌ات را، تمام خانواده‌ات را از دست داده‌ای. خوابیدم و بیدار شدم، خبر رسید دختر و همسر و مادرم در سانحه سقوط هواپیما از دست رفته‌اند.

م: (سکوت می‌کند ولی تغییر وضعیت می‌دهد و کمی به جلو خم می‌شود).

ب: هیچ چیز برای من نمانده. همه سرمایه زندگی و تمام دلخوشی‌هایم را از کف دادم.

م: وضعیت دردناکی است.

ب: خیلی دردناک دکتر. دردناک‌تر از تصور شما.
 م: و چه قدر مشکل است که در این شرایط سخت، آدم احساس کند در این حس تنهاست و کمتر کسی او را درک می‌کند.
 ب: درست است. خیلی احساس تنهایی دارم.

توضیح نمونه ۵:

همدلی (Empathy)، به معنای مشاهده وضعیت از دریچه نگاه بیمار است. مصاحبه‌کننده هم‌دل قرار نیست تجربه‌های بیمار را تأیید و یا بیش از حد با بیمار مدارا کند؛ رفتاری که مادری با بچه لوس خود دارد! همدلی به معنای حساسیت‌نشان‌دادن به رنج‌های بیمار و ابراز شفقت به اوست. ممکن است فکر کنیم اگر به جای بیمار بودیم تصمیم‌های متفاوتی می‌گرفتیم و یا واکنش دیگری نشان می‌دادیم. همدلی این ابزار را به ما می‌دهد که این نگاه را واگذاریم و بیمار را با تمام دفاع‌های ناکارآمد و یا باورهای نادرست بپذیریم و او را درک کنیم. اما چگونه باید همدلی نشان داد؟ برای همدلی باید احساس بیمار را تشخیص دهیم، آن را به کلمات تبدیل و به او ابراز نماییم. مثلاً عبارت «وضعیت دردناکی است» را مصاحبه‌کننده برای توصیف شرایط بیمار در نمونه ۵ استفاده می‌کند. نباید فراموش کرد که بخش زیادی از همدلی به شکل غیرکلامی رخ می‌دهد. سکوت، تغییر وضعیت، تغییر در وضعیت چهره و ... نمونه‌هایی از ابراز همدلی غیرکلامی است. در اساس، همدلی غیرکلامی کارآمدتر و اثربخش‌تر است. همدلی، وضعیتی دوستانه و گرم به مصاحبه می‌دهد و به برقراری «تفاهم درمانی» (Rapport) که پایه ارتباط مؤثر بیمار و پزشک است کمک شایانی می‌کند.

از همدلی به‌جا و به‌اندازه نباید غفلت کرد. هم‌چنین، باید به‌یاد داشت که کاربرد همدلی محدود به روان‌پزشکی نیست و هر جا رنجی وجود دارد، همدلی کارآمد و بلکه لازم است.

نمونه ۶:

م: انگار در شرایط دشواری قرار گرفته‌اید؛ برای این‌که به دنبال انتخاب خود در زندگی بروید، باید

به خانواده پشت کنید!

ب: من این‌طور فکر نمی‌کنم. خیلی هم دشوار نیست. هر کسی در دوره‌ای از زندگی این وضعیت را تجربه می‌کند.

م: درسته! اما به من گفتید پدرتان خیلی مصمم هستند و احتمالاً این انتخاب، پیامدهای بدی برای شما دارد.

ب: بله طرد خواهم شد. (اشک در چشمانش حلقه می‌زند).

م: (سکوت می‌کند. اشک بر گونه‌های بیمار جاری می‌شود). هنوز هم فکر می‌کنید خیلی دشوار نیست؟

ب: به هر صورت، هر چیزی در زندگی بهایی دارد.

م: و به‌نظر می‌رسد سوگواری برای ازدست‌رفتن این رابطه را آغاز کرده‌اید. قطره اشکی که بر گونه‌تان جاری است این را می‌گوید.

توضیح نمونه ۶:

در این گفت‌وگو، پزشک از چند تکنیک استفاده می‌کند. در بخش اول، زمانی که می‌گوید «انگار در شرایط دشواری قرار گرفته‌اید»، تکنیک «مواجهه‌سازی» (Confrontation) را به‌کار می‌گیرد. با این تکنیک، پزشک به موضوعی اشاره می‌کند که فکر می‌کند بیمار بدان توجه کافی ندارد یا آن را از یاد برده و یا انکار می‌نماید. در بخش دوم، مصاحبه‌کننده از تکنیک «بازتاب» (Reflection) بهره می‌گیرد. با این تکنیک پزشک با رویکردی حمایتی، چیزی را که پیش از این بیمار به او گفته، برای او بازگو می‌کند.

در گام بعد، مصاحبه‌کننده در برابر هیجان بیمار سکوت می‌کند. این رویکرد از سویی می‌تواند به‌معنای همدلی باشد و از سویی تکنیک «سکوت» (Silence) نام دارد. بیماران گاهی نیاز دارند در سکوت بیندیشند یا اشک بریزند. درمانگر خوب در چنین شرایطی فضای مناسب در اختیار بیمار خود قرار می‌دهد.

در پایان، مصاحبه‌کننده به موضوعی اشاره می‌کند که احتمالاً بیمار آگاهی دقیقی از آن ندارد (آغاز سوگواری توسط بیمار). این تکنیک، «تفسیر» (Interpretation) نام دارد. گفتنی است این تکنیک توسط درمانگری قابل

اجراست که فعالانه به بیمار و سرگذشت او گوش داده باشد. «گوش دادن فعال» (Active Listening) تنها به معنای گوش دادن به کلام بیمار نیست، بلکه دقت در واکنش‌های غیرکلامی، هیجان‌های ابرازشده و حتی فرآیندهای درون‌روانی بیمار را می‌طلبد. در واقع، چنین تکنیکی تنها زمانی باید به کار رود که رابطه پایدار و توأم با تفاهمی میان بیمار و پزشک قوام یافته باشد.

«من / این‌طور فکر نمی‌کنم»؛ با این کلمات بیمار وضعیت دردناکی را که در آن قرار دارد «انکار» می‌کند. اما چرا بیمار چنین می‌کند؟ بیمار با یک وضعیت تعارض‌آمیز روبه‌رو است. «تعارض» (Conflict) وضعیتی است که در آن فرد نسبت به یک موضوع واحد، حسی متضاد دارد؛ هم‌چون شرایطی که بیمار در نمونه ۶ با آن دست‌به‌گریبان است. وضعیت‌های تعارض‌آمیز برای فرد ایجاد اضطراب می‌کند. در این جاست که پای دفاع‌های درون‌روانی به میان می‌آید. مکانیسم‌های دفاعی به فرد کمک می‌کنند تا با اتخاذ تدابیری با این وضعیت تعارض‌آمیز کنار آید و در نتیجه اضطراب او کاهش یابد. البته میزان پختگی دفاع‌های مورد استفاده متفاوت است. این دفاع‌ها اغلب ناپخته‌اند، زیرا کارآمدی طولانی‌مدت ندارند و کمکی به حل تعارض نمی‌کنند. در **جدول ۳** تعدادی از مکانیسم‌های دفاعی شناخته‌شده‌تر با نمونه‌هایی ذکر شده‌اند. دفاع‌های شماره ۱ تا ۹ در زمره دفاع‌های ناپخته و سه مورد آخر، دفاع‌های پخته است. چنان‌که اشاره شد، دفاع مورد استفاده توسط بیمار نمونه ۶، «انکار» است. البته چنان‌که آمد، دفاع بیمار به واسطه تکنیک‌های مورد استفاده توسط مصاحبه‌کننده می‌شکند.